

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE NCDHHS PARA EL ABORTO EN EL CASO DE UNA ANOMALÍA QUE LIMITA LA VIDA*

Este procedimiento se realiza debido a un trastorno físico o genético identificado en el feto que limitaría la vida. Al poner las iniciales en cada uno de los elementos a continuación, mi médico y yo certificamos que hemos platicado sobre las siguientes cosas antes del procedimiento:

Trastorno(s) diagnosticado(s): _____

_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	Cómo y por qué mi médico determinó que el(los) trastorno(s) sería(n) limitantes para la vida.
_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	Los riesgos de que el feto pueda morir antes del nacimiento y el hecho de que algunos bebés con trastornos que limitan la vida nazcan vivos y puedan tener una duración de vida desconocida.
_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	Información sobre y los riesgos asociados con el (los) trastorno(s) que limita la vida, incluyendo cualquier cosa que se sepa sobre la probabilidad y la duración de la supervivencia prevista por evidencia médica actual.
_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	He platicado sobre las alternativas al aborto, incluso la continuación del embarazo y la atención médica para el (los) bebé(s) al nacer. Me ofrecieron remisiones para consultar con expertos en cuidados intensivos neonatales y cuidados paliativos neonatales (cuidados de bienestar) para platicar sobre opciones de estabilización, evaluación, posibles tratamientos, incluso la posibilidad de dada de alta con atención domiciliaria para cuidados paliativos para el (los) bebé(s) si decido continuar el embarazo.
_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	☐ Marque si no corresponde.
_____ INICIALES	_____ INICIALES DEL MÉDICO	Si el aborto es un aborto médico o un aborto quirúrgico, se ha proporcionado toda la información en el Formulario de Consentimiento de Aborto de NCDHHS.

Mis iniciales anteriores y mi firma a continuación confirman que certifico y he dado consentimiento voluntariamente a cada uno de los puntos específicos mencionados anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA DAR SU CONSENTIMIENTO

FECHA Y HORA

NOMBRE EN LETRA MOLDE DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA
PARA DAR CONSENTIMIENTO

LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

**Según la Ley de la Sesión 2023-14 de Carolina del Norte, un aborto durante las primeras 24 semanas del embarazo de una mujer es legal si un médico calificado determina que existe una anomalía que limita la vida.*